

LUIZ FERNANDO SCHWINDEN DE SOUZA

**PERFIL DO PACIENTE ASMÁTICO ATENDIDO NO
AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DO
H.U.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1998

LUIZ FERNANDO SCHWINDEN DE SOUZA

**PERFIL DO PACIENTE ASMÁTICO ATENDIDO NO
AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA DO
H.U.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Carlos Eduardo Pinheiro

FLORIANÓPOLIS

1998

Souza, Luiz Fernando Schwinden de. *Perfil do paciente asmático atendido no ambulatório de Pneumologia pediátrica do H.U.* Florianópolis, 1998.
29p.

Trabalho de conclusão no Curso de Graduação em Medicina, - Universidade Federal de Santa Catarina.

1. asma 2. epidemiologia

Ao Grande Mestre Deus

*Um dia sozinho, imerso em tantos pensamentos, sem saber
que caminho seguir, sem pedir-te, tiraste minhas opções e com tamanho
cuidado e amor por mim prendeste-me a esta missão, por tantos
almejas e a mim concedida...*

*Em troca, tiraste o meu sossego, me deste trabalho, tiraste
minha tranquilidade, me deste preocupação, tiraste minha ilusão, fazendo-me
enxergar a real fragilidade da vida humana; no entanto, como
sempre tu –Pai, estivestes ao meu lado, dando a maior das
recompensas, o presente da cura...*

*Por isso só resta agradecer-te, e neste momento tão decisivo,
Pedir-te que me dês equilíbrio para quando não tiver sucesso em curar o
corpo, não me sinta derrotado, mas que à alma, eu leve algum
benefício...*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me possibilitou tudo que tenho e, de certa forma tudo que conquistei.

Ao meu pai, amigo e companheiro que sonhando junto comigo fez-se o principal formentador desse dia. Não só fazendo o possível e o impossível para tornar realidade todos os meus desejos, mais principalmente por manter-se incondicionalmente ao meu lado em todos os dias da minha vida.

A minha mãe, educadora e amiga, que me fez sempre seguir com dignidade e perseverança por todos os caminhos que desbravei.

Ao meu irmão que tanto amo; que mesmo em silêncio, tenho certeza do seu orgulho e torcida por mim.

A minha “eterna dupla” Marcos, que me fez entender o verdadeiro sentido da palavra amizade. Amigo! Até a nossa formatura.

A minha Karyna, incentivadora constante de todos os meus projetos de vida, pelo amor e paciência quando da minha desatenção, e por todas as horas de pesquisa ao meu lado, sempre cuidando de mim.

A minha avó Isaura, que nunca duvidou da minha capacidade, e de certa maneira, sempre me considerou uma pessoa especial.

A Felicia, que com muito carinho soube ser presente no momento certo, e me fez enxergar a beleza e a arte de se ser um verdadeiro médico.

A Emanuelle, por me dar incentivo nos momentos de cansaço e pelo esforço para que tudo saísse perfeito.

A “alguém” que mesmo sem saber, mostrou-me o que tenho de mais belo e fez acreditar que tudo será sempre possível.

A todos os meus colegas de faculdade pelos momentos maravilhosos que me proporcionaram, em especial Lia, a quem sempre terei carinho.

ÍNDICE

1. Introdução	07
2. Objetivo	14
3. Metodologia de trabalho	15
4. Resultados	18
5. Discussão	24
6. Conclusão	31
7. Referências Bibliográficas	32
8. Normas adotadas	39
9. Resumo	40
10. Summary	41
11. Anexos	42

1. INTRODUÇÃO

A asma brônquica é uma doença inflamatória obstrutiva crônica pulmonar que afeta milhões de crianças e adultos em todo mundo. Em indivíduos suscetíveis, a patologia pode apresentar-se como episódios recorrentes de sibilos, dispnéia, constrição torácica e tosse. Estes sintomas são associados com limitações generalizadas do fluxo aéreo, variável, total ou parcialmente reversível, espontaneamente ou por tratamento. O processo inflamatório pode provocar um aumento da reatividade das vias aéreas a variados estímulos (EMERSON,1998).

Não existe consenso mundial definindo asma brônquica. Além disso, sua conceituação tem sofrido mudanças muito radicais nos últimos anos, o que torna difícil a aceitação uniforme dos conhecimentos adquiridos, principalmente porque nem todos eles estão completamente estabelecidos (BARNES, 1991).

Definições clássicas, como a proposta em 1962, pela AMERICAN THORACIC SOCIETY, conceituava a asma como uma doença crônica, caracterizada por hiperresponsividade da traquéia e dos brônquios a vários estímulos, resultando em estreitamento divergente das vias aéreas, reversível por meio de intervenções terapêuticas ou espontaneamente.

Porém, apesar de se delinearem as três das mais importantes características desta doença, como hiperresponsividade das vias aéreas, reversibilidade da obstrução e estímulos desencadeantes, não coube aí, espaço para informações sobre a sua patogênese ou conseqüências fisiológicas, fornecendo somente critérios diagnósticos do ponto de vista clínico (HOLGATE & FINNERTY, 1998).

O conhecimento sobre a doença passou desde especulações sobre uma possível contractilidade anormal da musculatura lisa das vias aéreas (BARNES,1991), tornando-se claro então que a contractilidade da musculatura lisa da árvore brônquica não é fundamentalmente anormal, mas sim o controle do calibre das vias aéreas (BARNES, 1992a), até alcançar avanços importantes na compreensão de achados inflamatórios particulares da asma, tendo sido redefinidos o papel de células como macrófagos, eosinófilos e mastócitos. Muitos dos mediadores dessa resposta inflamatória são conhecidos e, mais ainda, a doença deixou de ser considerada apenas uma resposta inflamatória aguda, fazendo com que BARNES (1991), propusesse uma nova definição, agora como “doença inflamatória crônica das vias aéreas que, envolve a participação de diversas células e de mediadores químicos, resultando em broncoconstrição, dano microvascular, edema, hipersecreção de muco e estímulos de reflexos neurogênicos”.

A partir de 1991, através do Guidelines for Diagnosis and Management of Asthma, a asma se define como uma “desordem da árvore traqueobrônquica caracterizada por obstrução reversível das vias aéreas (mas não completamente em alguns pacientes), a qual pode melhorar espontaneamente ou somente após terapia farmacológica específica; hiperreatividade das vias aéreas, definida como uma tendência inerente da traquéia e brônquios a se contrair em resposta a uma variedade de estímulos, como alergenos, irritantes inespecíficos, ou infecções; e inflamação das vias aéreas”.

O termo asma tem origem no vocabulário “asthma” que significa sufocação ou falta de fôlego (McFADDEN Jr & Em FELDMAN, 1977). Nos escritos de Hipócrates (+- 460 a +- 377aC), há poucas referências sobre asma brônquica, sendo que as primeiras observações se devem, no segundo século da Era cristã, a Arateus (ROSENBLAT, 1976).

O primeiro livro compreensível sobre asma brônquica, foi publicado somente no século XVII, em 1698, com Sir John Floyer, ele próprio um asmático, definindo, com maior clareza para época, o que vinha a ser asma. Em seu *"Treatise of the Asthma"*, referiu sintomas, alterações humorais, etiologia e tratamento, de acordo com as "causas imediatas" da asma brônquica, como constrição brônquica, periodicidade das crises e fatores ambientais desencadeantes. Também é precisa e completa a descrição sobre o paciente em estado de mal asmático. Sabe-se porém que, apesar desses "avanços", a conduta terapêutica e o conhecimento fisiopatológico em nada evoluíram do que se sabia seus predecessores (SAKULA,1984).

Em 1746, Brendel escreveu uma dissertação sobre asma brônquica, chamando-a de catarro sufocante. Já em 1761, Morgnani correlacionou os achados clínicos e anatômicos da asma, descrevendo-a como um a síndrome que envolvia obstrução traqueal com acúmulo de humores viscóides e concreções nos brônquios e pulmões, alertando que "causas externas inaladas com o ar" seriam responsável por este mal (ROSENBLAT, 1976).

Na era moderna, em 1819, com a publicação de seus trabalhos, Laennec, permitiu considerável progresso nos conhecimentos da doença, graças as contribuições trazidas particularmente a ausculta torácica., definindo asma como dispnéia paroxística, que ocorria entre intervalos de respiração normal. Descreveu ainda a ausência de alterações orgânicas, que justificassem as crises, diferenciando duas diferentes crises de asma, uma catarral e outra espasmódica, conceitos estes que embasam a subdivisão futura da asma em extrínseca e intrínseca (ROSENBLAT,1976; KEERS, 1981).

Entretanto, os critérios diagnósticos, começaram a ser definidos em 1812, quando Corvisart (médico de Napoleão I) fez referência à diferença entre a dispnéia cardíaca e a da asma brônquica. Em 1890, Muller encontrou eosinófilos

no escarro, e Fink, no sangue dos pacientes asmáticos. Em 1892, William Osler concluiu que a asma brônquica e a febre do feno tinham a mesma origem, diferindo entretanto, no órgão do choque. A partir de então foi enfatizada a pesquisa destes alergenicos, a caracterização da resposta inflamatória e a introdução de diversos agentes e esquemas terapêuticos (ROSENBLAT, 1976).

Contudo, os conhecimentos mais importantes sobre a asma brônquica surgiram nas ultimas três décadas entre os quais, podem ser ressaltados, a reversibilidade da obstrução ao fluxo de ar, a hiperresponsividade das vias aéreas, a caracterização dos estímulos desencadeadores e a cronicidade da resposta inflamatória (HOLGATE et al, 1987; BARNES, 1992b).

A asma como preocupação de saúde pública, surge da sua ocorrência substancial de morbidade física, psicológica e sócio-econômica, com um custo direto e indireto estimado, em estudos anteriores, de US\$6,5 bilhões por ano nos EUA (WEISS & WAGENER, 1990). No Brasil, gastos com o complexo asma/doença pulmonar obstrutiva crônica, estimados pelo SUS, foram da ordem de 60 milhões de reais, sendo de 200 reais o custo por doente hospitalizado. Já em 1996, houve um acréscimo de 16 milhões de reais em relação aos anos anteriores, correspondendo a 2,8% dos orçamento total do SUS, e o terceiro maior valor gasto em todo o país com uma doença (CAMPOS, 1998).

Trabalhos realizados em ambulatórios gerais do Estado de São Paulo, a asma tem sido responsável por 5% das consultas pediátricas. Em serviços de urgência pediátrica tem atingido até 16% dos atendimentos e, entre adultos, ao redor de 12% (FERRARI et al, 1995). Em estudos realizados em Florianópolis, constatou-se uma incidência de até 13% do total das consultas devido a queixas relativas ao aparelho respiratório (ROSÁRIO, 1986).

A morbidade devido a asma é ainda extraordinariamente alta. Entende-se como melhor indicador para a demonstração do aumento ou diminuição de uma doença, a taxa de incidência, já que quantifica os episódios ou eventos novos, relativos a ela, ocorrido num período definido.

Estudos mais recentes em nosso país, foram elaborados entre os anos de 1975 à 1995, o que só vem a mostrar então, a deficiência e, consequente dificuldade, do entendimento global desta doença e suas características em nosso meio em nosso meio. Estes trabalhos, realizados em Santo André (SP), mostraram uma elevação significativa da asma brônquica, indo de 35,57/10.000 crianças atendidas em 1975 a 43,38/10.000 em 1994 e 33,67/10.000 em 1995 em postos de puericultura e nos pronto-socorros, de 42,25/10.000 a 94,66/10.000 em 1990, com queda para 64,49/10.000 em 1995. Notou-se também um aumento na frequência de até 2X em 1995, relativo ao ano de 1975 (SALTO, 1997).

Entre 1979 e 1987, trabalhos americanos mostraram que as hospitalizações devido a asma na infância aumentou 4,5%/ano, com um crescente aumento ocorrendo entre crianças de 0 a 4 anos de idade (GERGEN & WEISS, 1990).

Não bastando, mais de 10 milhões de dias letivos são perdidos, 12,9 milhões de visitas aos centros de saúde ocorrem, e 200.000 hospitalizações são feitas devido a asma a cada ano nos EUA (TAYLOR & NEWACHECK, 1992). Já em nosso país, hospitalizações devido a asma, alcançaram a sexta causa principal de internações, sendo responsável por 2,3% dentre todas elas, excluindo-se parto e puerpério. Foram cerca de 350.000 internações pela doença em 1996, sendo a quarta causa de internações em todo país, e a terceira causa nas regiões do Nordeste e Sul, excluindo-se as por gravidez. A doença foi a principal causa de internação no ano de 1996, na faixa etária entre 20 e 29 anos (CAMPOS, 1998).

Crianças perdem mais de 11 milhões de dias na cama devido a asma, e anualmente existem mais de 24 milhões de dias nos quais atividades tiveram que ser restringidas pela asma. De acordo com os estudos de Weiss & Wagener (1992) realizados nos EUA, sobre asma em crianças e adultos, o custo estimado em 1985 da “asma pediátrica”, excluindo medicação, foi de \$1.3 bilhões, sendo que mais da metade dos custos estavam relacionados a perdas escolares.

Em relação a mortalidade, nota-se que continua ocorrendo de forma progressiva e alarmante em diversos países, ocorrendo principalmente na faixa etária dos 5 aos 34 anos e acima dos 65 anos de idade (JACKSON, 1988; WOOLCOCK, 1988a, MARDER et al, 1992; SLY, 1992).

Quanto ao Brasil, ocorrem anualmente 2000 óbitos/ano asma, 70% dos quais durante hospitalizações e a maioria sem receber tratamento intensivo. Estudos mostram que de acordo com os dados do Ministério da Saúde, a asma foi responsável por 0,007% e 0,008% do total de óbitos em todas as idades, nos anos de 1988 e 1994, respectivamente (CAMPOS, 1994).

Apesar de intensa e extensamente investigada, a asma contrariamente do que demonstram as estatísticas, em épocas menos iluminadas a mortalidade era menor, o que deve alertar para o fato de que algo, na atual abordagem da asma, possa estar equivocado (ROBIN, 1988). Por outro lado, embora não seja claro, alguns autores sugerem que o maior número de mortes por asma reflita, na realidade, um aumento na prevalência da doença (SEARS 1986; ROBIN, 1988; PARTRIDGE, 1991).

Vê-se então que, pelos motivos anteriormente explanados, mostra-se de fundamental importância o entendimento global desta doença, não só a nível mundial, mas principalmente em nosso meio, tanto em aspectos epidemiológicos como econômicos, sendo dessa maneira vital, o conhecimento do perfil regionalizado destes pacientes e suas implicações a nível de saúde pública, na

tentativa de se conhecer a realidade local e traçar estratégias de prevenção e combate da doença.

2. OBJETIVO

Delinear o perfil do paciente asmático freqüentador do ambulatório de Pneumologia pediátrica do Hospital Universitário de Santa Catarina.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, utilizando os pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia pediátrica do H.U., no período de julho/97 a julho/98.

Em média, foram atendidos 300 pacientes neste período, pelos Doutores Sérgio Duwe e Tereza Velasco, auxiliados pelos doutorandos do Internato em Medicina, anteriormente encaminhados por médicos pediatras e/ou generalistas ao ambulatório.

Tais pacientes, no momento da primeira consulta, respondiam a um questionário pré-elaborado pelos pneumologistas pediátricos do nosso serviço, contendo perguntas referentes a primeira crise; a crises posteriores; a situações clínicas intercrises; história familiar de atopia e/ou asma brônquica; e história pregressa, questionando-se se houve ou não a necessidade de uso de oxigenioterapia no período neonatal ou prematuridade.

Foram inclusos a esta análise 53 pacientes, previamente diagnosticados asmáticos, através de dados clínicos como crises recorrentes de tosse, presença de sibilos e ou dispnéia, desencadeados por alérgenos e/ou viroses, ou mesmo por exercícios; ou anteriormente internados em emergências pediátricas por crises de broncoespamos e que tiveram o seu questionário preenchido corretamente pelos doutorandos ou médicos. Os pacientes que não foram submetidos ao questionário e/ou com dados incompletos foram excluídos do estudo.

Foram observados quando da primeira crise somente a presença de sintomas como tosse e/ou chiado e estação do ano relacionada.

Relativos a sintomas em crises posteriores, foram considerado somente a presença ou ausência de tosse seca e/ou produtiva, sibilância, palidez, cianose, dispnéia, febre e anorexia.

Ao total foram questionados 15 fatores, considerados desencadeantes das crises de asma pelos familiares e, características quanto ao ambiente físico domiciliar e/ou escolar freqüentado habitualmente pelos pacientes.

Avaliou-se também a presença de animais ou carpete, cortina, umidade e pó nos locais investigados.

Sintomas como pneumonia foram questionados quanto a sua presença, não se atendo ao número de episódios vividos pelo paciente devido a subjetividade das respostas dadas pelos familiares quando questionados.

Ao final da entrevista, os pacientes eram classificados como asmáticos leves, moderados ou de graves, de acordo com os critérios do II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma de 1998, resumidamente contidos no Quadro 1.

Tal protocolo (em anexo), após seu preenchimento, era locado nos prontuário de cada paciente, sendo os dados colhidos e revisados pelo doutorando Luiz Fernando Schwinden de Souza, e armazenados no banco de dados Excell 7.0, versão para Windows 95, sendo posteriormente analisados através de análise estatística descritiva simples.

Ressaltamos que nem todas as variáveis do questionário foram analisadas, uma vez que, devido a subjetividade e/ou dificuldade de obtenção das respostas a sua interpretação e análise posterior ficaria prejudicada, podendo se tornar um viés dos dados obtidos.

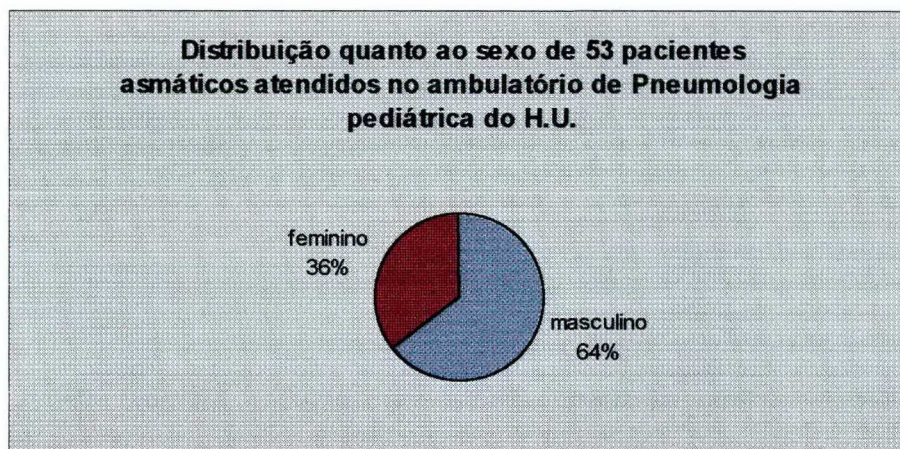
Quadro 1- Classificação de pacientes asmáticos quanto a gravidade, segundo o II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma

Classificação	Sintomas (chiado, aperto no peito, falta de ar, tosse)	Crises	Uso de Bd*
Leve	nenhum ou $\leq 2X$ /semana ou apenas com exercício, rapidamente controlados com Bd*	durando \leq um dia/mês controlados com Bd e sem idas à Emergência	$<$ que 2X/semana
Moderada	+ de 2X/semana, mas não <u>con</u> tínuos	duração $>$ 1 dia/mês, sem requerer cursos de corticóide sistêmicos	$>$ que 2X/semana, mas $<$ que 2X/dia
Grave	contínuos	com risco de vida e uso frequente de corticóides sistêmicos	2X/dia e uso <u>con</u> tínuo de corticóide oral ou parenteral

* Broncodilatador

4. RESULTADOS

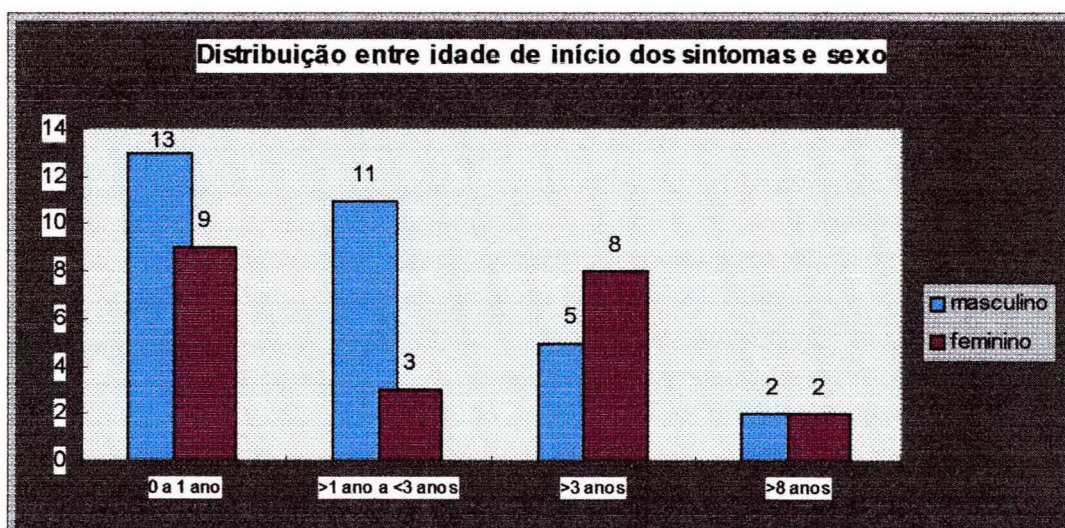
Foram analisados 53 prontuários de pacientes previamente diagnosticados asmáticos, do ambulatório de Pneumologia pediátrica do H.U., que responderam ao questionário no momento da consulta, sendo 34 do sexo masculino e 19 do sexo feminino.



A idade em que os pacientes buscaram o nosso serviço pela primeira vez foi em média de 8 e 2 meses (mediana= 8 e 3 meses), com idade mínima de 7 meses e máxima de 14 e 6 meses.

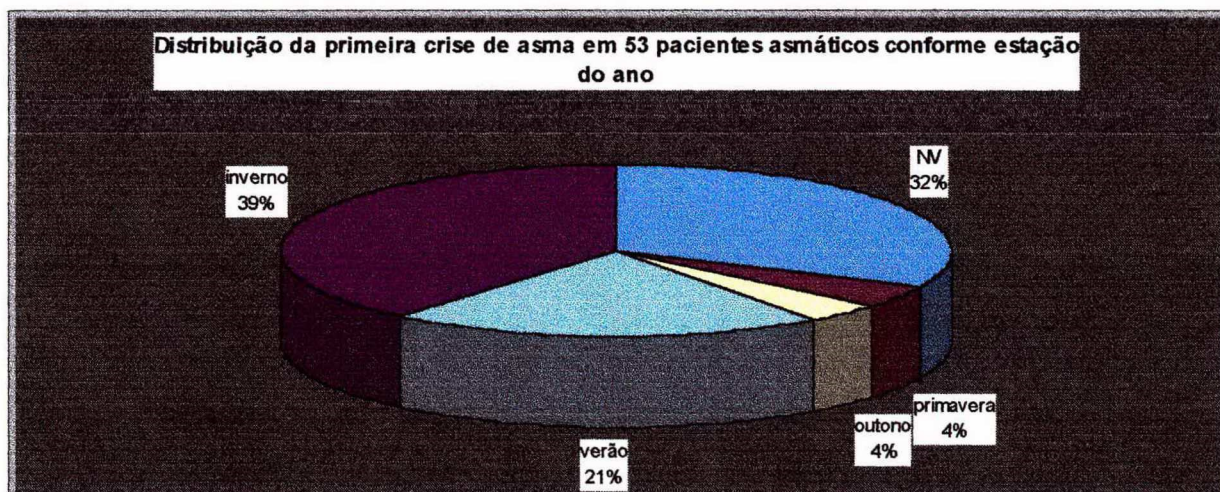
Em relação aos primeiros sintomas, constatou-se que a idade média foi de 3 e 2 meses (mediana= 2 anos), com idade mínima de máxima de 11

anos e 10 meses, estando entre estes, 66,6% dos pacientes que iniciaram seus sintomas antes dos 3 anos e somente 4 pacientes que iniciaram os seus sintomas antes dos 8 anos.



Certas estações do ano estiveram diretamente relacionada com o início do aparecimento dos sintomas em 66,5% (n=36) dos casos, observando-se que o inverno era relatado em até 38,8% (n=21) das respostas. Houve relato de persistência de sazonalidade em relação com as demais crises em 27 crianças,

sendo que 25 destas continuaram relacionando o início e/ou agravamento das demais crises ao inverno.



A sibilância como sintoma de primeira crise foi confirmada em 30 pacientes, e como sintoma de crises posteriores em outros 44 investigados. Em 24,53% dos casos não se verificou nenhum sinal de este sintoma. Já a tosse foi verificada em todos os pacientes, se mantendo em 42 pacientes, dos quais 7 mostravam tosse seca e produtiva alternadamente. Em 20 pacientes foi verificado cianose e em 47 dispnéia como sintoma presente nas pós-crianças.

Tab.1 - Presença de sibilos ou tosse em 53 pacientes do ambulatório de Pneumol. Pediátrica do H.U., de jul/97 a jul/98.

Sintoma	<u>primeira crise</u> n(%)	<u>crises posteriores</u> n(%)
Sibilância	39(73,5%)	44(83,0%)
Tosse	53(100%)	42(79,2%)

Verificou-se que 37 dos 53 pacientes questionados tinham outras doenças atípicas associadas, como rinite, dermatite atópica e/ou conjuntivite alérgica, enquanto outros 23 referiam pelo menos um quadro de broncopneumonia até o dia da consulta. Sintomas como obstrução nasal, prurido e espirros foram também relatados, estando presente em 24, 17 e 23 dos casos respectivamente.

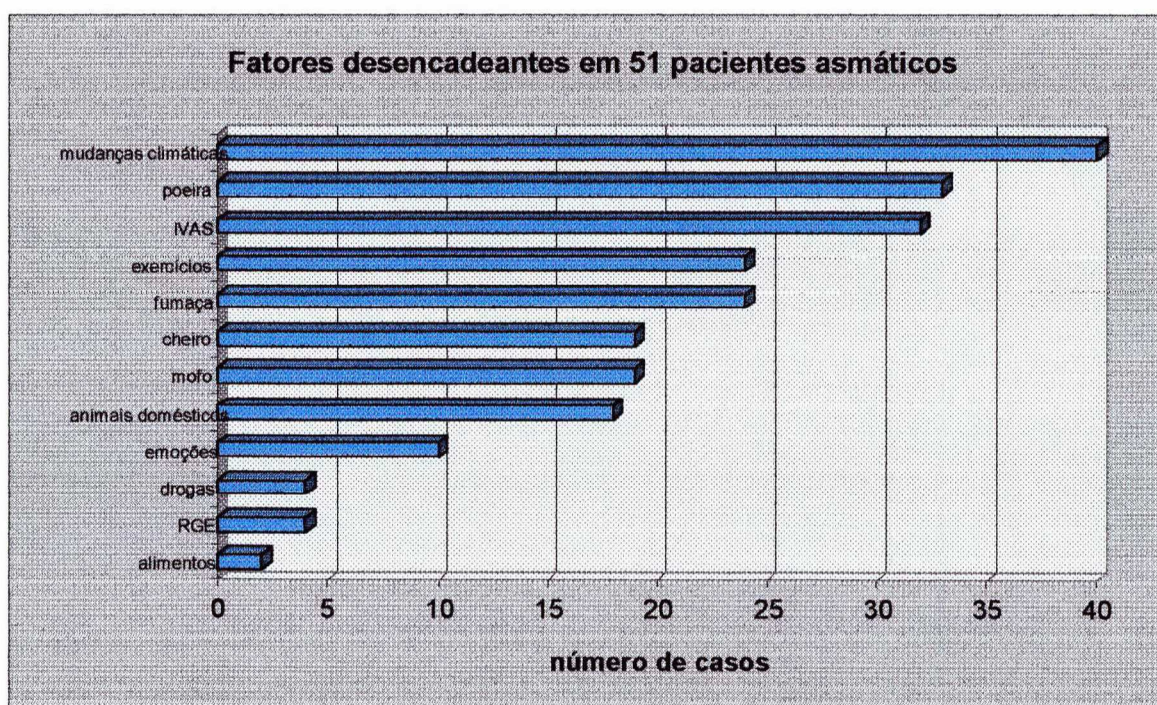
Os antecedentes familiares de atopia ou diagnóstico prévio de asma brônquica foram positivos em 46 pacientes, sendo que destes, em 79,24% dos casos, pelo menos um familiar apresentava história positiva de asma brônquica. Foram relatados positividade de rinite isolada em 4 familiares dos pacientes investigados.

Verificou-se uma maior relação entre ambientes (casa/escola) diretamente utilizados pelas crianças e a presença de cortinas, sendo afirmativo em 31 respostas, ao passo que somente em 14 delas, houve relato da existência de carpetes nesses ambientes.

Dos entrevistados, 18 freqüentavam escola e somente 7 freqüentavam creches. Quinze dos pacientes relataram umidade em casa, sendo que 30 dos entrevistados afirmaram manter contato direto com animais domésticos (gato, cachorro e/ou pássaros), e destes, 10 tinham 2 ou 3 animais em casa.

Foram relatados fatores desencadeantes em 51 pacientes, estando entre os mais freqüentes as mudanças climáticas, em 40; infecções de vias aéreas, em 32;

poeira em 33 e, exercícios físicos e fumaça presentes em 24 pacientes. Em somente 2 pacientes se verificou alimentos como fator desencadeante da doença. O refluxo gastro-esofágico foi diretamente relacionado a doença em apenas 4 pacientes entrevistados.

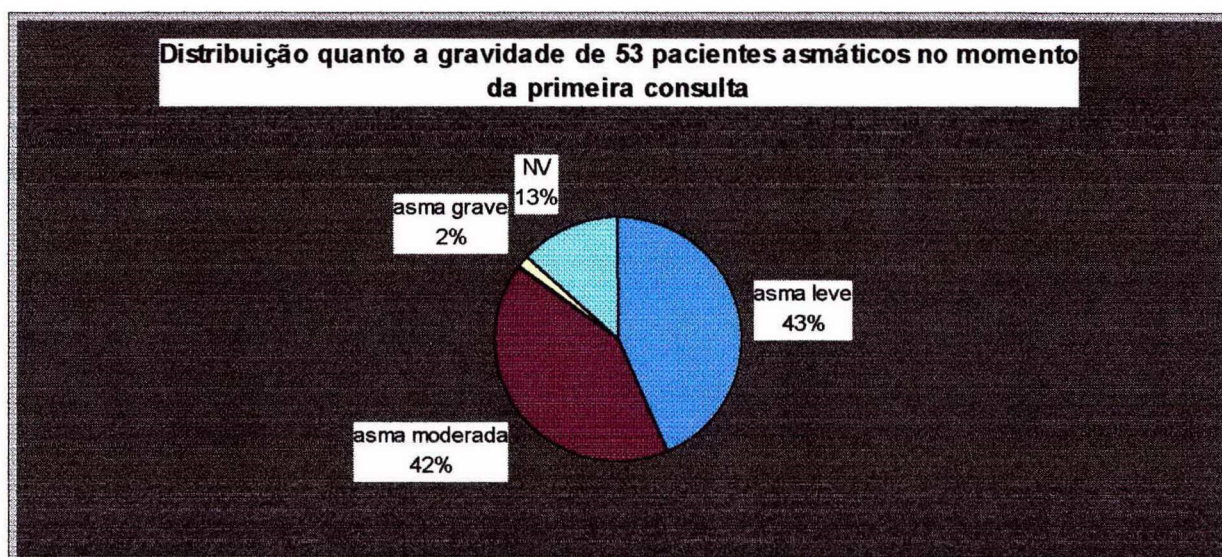


Observou-se que 30 dos pacientes em estudo eram assintomáticos nos períodos intercrises; 13 referiam tosse, sendo desses, 6 com crises noturnas e 2 com diurnas, 5 deles tinham acessos diurnos e noturnos. De todos analisados, os familiares de 7 referiram notar sintomas diários em seus filhos.

O uso de broncodilatadores foi relatado em 26 pacientes, sendo que em outros 4 foram utilizados corticóides no tratamento das crises, e em 21 não se verificou a utilização de qualquer medicação ou não se lembrava.

A classificação inicial quanto a gravidade da asma quando da primeira consulta, mostrou um maior predomínio, relativo, de crianças portadoras de asma leve (n=23) em relação aos portadores de asma moderada (n=22).

Verificou-se somente 1 paciente portador de asma grave, sendo que em 7 pacientes não foram verificadas respostas quanto a classificação, muito provavelmente a esquecimento por parte dos doutorandos.



5. DISCUSSÃO

Os obstáculos encontrados no tratamento da asma dependem de múltiplos fatores, sendo um dos principais o desconhecimento da real situação epidemiológica, acompanhado das dificuldades no diagnóstico e do acesso a terapêutica mais adequada, principalmente nos países em desenvolvimento (TORRES, 1995). Para tal, tem esse estudo, o objetivo de caracterizar a amostra usuária do serviço de Pneumologia pediátrica do HU, e assim auxiliar em futuras medidas de combate e prevenção da doença.

Apesar da asma ser uma doença altamente prevalente na faixa etária pediátrica, sabe-se que há uma enorme variação na idade de início dos sintomas, tendo na maioria das crianças o seu começo antes dos 8 anos e, mais da metade antes dos 3 anos (SCHWARTZ et al, 1990; MARTINEZ et al, 1995b), estando os nossos dados de acordo com esses estudos, já que a maioria da nossa amostra (66,6%) iniciou os sintomas antes dos 3 anos e somente 4 pacientes (7,40%), após os 8 anos.

Chamou atenção a discrepância entre o início do aparecimento dos sintomas (média=34,71 meses) e a idade da primeira consulta realizada em nosso serviço (media=97,99 meses), sendo isto observado também em estudos realizados em São Paulo, gerando questionamentos quanto ao porquê deste fato. Acredita-se que a baixa condição sócio-econômica, a conseqüente demora do encaminhamento de pacientes usuários de serviços públicos de saúde, para serviços de atendimento terciário e a dificuldade no diagnóstico da doença. Situações de subdiagnóstico de asma em serviços não especializados são

realidade também em países desenvolvidos como observados em casuísticas americanas recentes (CRAIN, 1994).

Vários relatos da literatura tem apontado um discreto predomínio do sexo masculino na asma infantil, com predomínio do sexo feminino na adolescência (ABERG,1989; DODGE,1980), podendo ser em ate 1½ a 3 vezes maior a incidência nos meninos no período pré-pubere (GERGEN et al,1988; SCHWARTZ et al,1990), resultado este encontrado em Torres (1998) e em nosso estudo, onde se contabilizou um prevalência de 1,6 vezes aproximadamente, não se alterando com o aumento da idade.

Observou-se que somente 33,5% (n=18) dos pacientes entrevistados não apresentavam relação com estações do ano como fator desencadeante do aparecimento dos sintomas, sendo que dos 66,5% (n=35) restantes que relacionaram, 38,8% tiveram o início dos sintomas no inverno, confrontando então positivamente estes resultados com os encontrados no trabalho de Welliver e colegas (1980), que trazem esta estação como principal causa de agravo e/ou desencadeamento da doença.

É considerada ainda a sibilância como “marca registrada” da asma (CLOUTIER & LOUGHLIN,1981), uma vez que o sibilo como sintoma isolado, associado a outros fatores como: resposta a terapia específica (p.ex. broncodilatadores), sintomas esporádicos e outros diagnósticos excluídos, serve de diagnóstico clínico de asma brônquica, segundo o II Consenso Brasileiro no Manejo de Asma de 1998.

Pode-se comprovar tal fato na nossa casuística, uma vez que 39 dos 53 pacientes entrevistados referiam “chiados”, ou melhor sibilos, na primeira crise e, chegando em até 83% (n=44) de positividade em crises posteriores.

Sabe-se entretanto, que a asma pode ocorrer sem sibilos discerníveis (MAcFADDEN, 1975a ; CORRAO et al, 1979), como se observou em 14 dos pacientes entrevistados.

Porém, a tosse pode ser também característica da doença, já que como o sibilo, tem também valor diagnóstico como sintoma isolado, e desta forma podendo ser predominante ou único como sintoma, o que foi observado pelos familiares no momento da primeira crise em todos os 53 pacientes investigados, persistindo em até 79,2% em crises posteriores.

A associação da asma com outras doenças atípicas, encontradas em 68,3% dos pacientes desta casuística, mostrou-se inferior a outros estudos anteriores (PASTORINO et al, 1998; SMITH,1994), chegando até 90,2% de correlação. Isso mostra então, que além da hereditariedade, outros fatores podem estar implicados no desenvolvimento de atopia, como o possível envolvimento viral. Estudos como o de Sigurs e colaboradores (1995), realizados prospectivamente, mostraram a importância da bronquiolite pelo vírus sincial respiratório como fator de risco para o desenvolvimento de asma e a posterior sensibilização das crianças com antecedentes familiares de atopia a aeroalergenos.

A associação familiar entre asma, rinite alérgica e dermatite atópica, sugerem que essas desordens possam ter uma base genética comum.

A frequência de antecedentes familiares positivo de atopia (considerando um ou ambos os pais) atingiu 87,03% dos casos aqui relatados, dados estes altos, se comparados aos 61,6% encontrados na literatura brasileira (PASTORINO et al,1998) e internacional (LEBOWITZ,1984; GERRARD,1976), mostrando então a importância deste dado como critério auxiliar para o diagnóstico clínico de asma, já que nesta faixa etária a realização do mesmo através de medidas objetivas é restrita e existe baixa positividade dos testes alérgicos (IgE específicas) aos alergenos (VIRANT, 1993).

Apesar de já conhecida a ação lesiva do oxigênio sobre o epitélio respiratório (NORTHWAY et al,1967) e, a prematuridade como causa facilitadora a sensibilização desses pacientes, tornando-os predispostos a apresentar fenômenos obstrutivos de vias aéreas e infecções de repetição (FRISCHER et al, 1993; LEVY et al,1984), também mostrando-se evidente em trabalhos nacionais (TORRES, 1995), não se pode confirmar essas afirmações devido ao pequeno número da amostra, já que não houve nenhum prematuro no estudo, e somente um dos entrevistados necessitou do uso de oxigenioterapia quando do nascimento.

Não foi possível constatar a relação entre asma brônquica e pneumonias de repetição em nosso estudo, já que a análise do questionário utilizado para o trabalho em questão, se deteve as respostas objetivas, como descrito anteriormente na metodologia, sendo então este item analisado quanto a sua presença ou não até o dia da consulta, sem se especificar quanto ao numero de episódios,

Apesar de parecer existir uma relação entre aparecimento da doença e essa, uma vez desenvolvida, a exposição a um ou vários tipos de fatores ambientais possa exercer um papel precipitante ou agravamento dos sintomas, como exemplo a umidade caseira e concomitante exposição nos primeiros dois anos a indivíduos suscetíveis, podendo aumentar o risco de desenvolvimento da asma (SPORIK et al, 1990), a relação umidade X asma não ultrapassou os 27,7% em nossa casuística.

Foi visto mais especificamente, uma relação entre a presença de cortinas e assim, possível acúmulo de poeira, e os ambientes rotineiramente utilizados pelos doentes (57,4%).

Tal fator age de maneira indireta, já que cortinas, dentre outros utensílios como roupas, bichinhos de pelúcia e carpetes, presente em ambientes

frequêntados por 14 pacientes, servem de meio para o crescimento de ácaros, principalmente os da espécie *Dermatophagoides*, que em conjunto com os da espécie *Blomia*, mostram-se predominantes em pesquisa realizadas no Estado de São Paulo (ARRUDA, 1991), um dos principais constituintes da poeira domiciliar, junto com outras substâncias orgânicas e inorgânicas.

Fortes evidências hoje, em diferentes partes do mundo, mostram que a exposição a alergenos domiciliares, entre eles os ácaros, é uma das causas primárias de asma, particularmente em crianças e adultos jovens (CUSTOVIC, 1996).

Mais recentemente, outros estudos relacionaram a importância de outros alergenos particularmente importante na patogênese primária da asma brônquica, como pelos de gatos e cães e baratas (BRUNEKREEF et al, 1989; LIN et al, 1993). Pode-se verificar isso em nossa casuística, onde 33,96% (n=18) das crianças relataram contato diário com animais e, destes 44,4% tinham ambos os animais em casa e/ou contato direto.

Apesar de existir uma freqüente associação entre asma e doenças como a ansiedade e o pânico (MORAN et al, 1994; YELLOWLEES, 1990), já que em aproximadamente 6-30% dos pacientes asmáticos tem-se reportado achados compatíveis com os critérios para tais disfunções psiquiátricas (SCHAVITT et al, 1992), em nossos achados essa relação foi de difícil ligação, uma vez que o questionamento foi relativo a presença de algum tipo de emoção como gatilho desencadeante das crises, sendo relatado a presença de tais fatores em até 18,86% dos casos.

Porém não deixam de terem estes dados sua importância, uma vez que trabalhos mostram que estes pacientes podem desenvolver um ciclo de medo excessivo e evitação de atividades, resultando em significativa alteração para menos da qualidade de vida destes doentes (YELLOWLLEES,1990).

Constatou-se entretanto que em 24 (45,28%) respostas, relatou-se positivamente a presença de asma induzida por exercícios (AIE), considerado hoje uma condição particular, na qual a atividade física vigorosa desencadeia um estreitamento agudo das vias aéreas em pessoas com reatividade brônquica aumentada, diferindo da literatura internacional, estando presente em 70-90% dos pacientes (KAWABORI et al, 1976; McFADDEN, 1994). Porém, estudos nacionais mostraram uma incidência de 37,1%, indo de acordo com nossos achados.

Dados da literatura demonstram que a DRGE pode desencadear crises broncoespásticas ou simplesmente potencializar os sintomas respiratórios iniciados por outros “gatilhos”, provavelmente pela ação irritante do ácido gástrico na árvore brônquica (MANSFIELD, 1978).

Outros estudos mostram que a incidência de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) patológico em asmáticos é maior que em não-asmáticos, observando-se que até 75% das crianças asmáticas foi encontrado significativa DRGE (TUCI et al, 1993). A nossa casuística apresenta somente 4 casos de DRGE como desencadeante da doença, muito possivelmente pela presença de até 25-30% de casos de refluxo patológico clinicamente silenciosos. Não se deve esquecer porém que por ser tratar de um hospital público existe a dificuldade de acesso à médicos especialistas e conseqüentemente o diagnóstico.

Lembramos porém, que esta parcela de pacientes estudados, não deve mostrar provavelmente a realidade da nossa região, uma vez que, além de restrita, podem ser considerados uma parcela privilegiada de asmáticos por terem tido a oportunidade serem encaminhados e assim assistidos em centro especializado, o que quase certamente não é a realidade da população em geral. Vale ressaltar que o pequeno número de pacientes possa nos levar também a interpretações errôneas, como seria o caso da relação oxigenioterapia e asma,

sendo então fundamental a continuidade deste estudo com uma quantidade maior de amostra, uma vez que pode se observar a importância do diagnóstico correto da asma, não só para a elaboração de medidas preventivas e o adequado tratamento dos sintomas, como também o apressamento do encaminhamento destes pacientes e melhor controle da doença.

6. Conclusão

Conclui-se desta maneira, que apesar de existir uma forte relação entre os nossos achados e os publicados em literaturas anteriores, faz-se necessário um estudo mais prolongado para que se aumente a amostra da nossa casuística e, assim então, traçar o verdadeiro perfil dos pacientes do ambulatório de Pneumologia pediátrica do H.U.

O presente trabalho sugere alterações no questionário utilizado para a investigação dos pacientes asmáticos, de maneira a torná-lo mais objetivo, evitando assim, interpretações ambíguas por parte dos entrevistadores, e erros em interpretações de dados obtidos, incluindo variáveis anteriormente não analisadas por problemas desta natureza.

7. Referências Bibliográficas

- AMERICAN THORACIC SOCIETY. Definitions and classification of chronic bronchitis, *Am. Norte*, 61:1229-37, 1977.
- Aberg N. Asthma and allergic rhinitis in Swedish concepts. *Clin Exp Allergy* 1989; 19: 59-63.
- Arruda LK, Rizzo MC, Chapman Md et al. Exposures and sensitization to dust mite allergens among asthmatic children in São Paulo, Brazil. *Clin Exp Allergy* 1991;21:433-9.
- Barnes PJ. New concepts in asthma and the implications for therapy. In: Mitchel, D.M. (ed.) *Recent Advances in Respiratory Medicine*. Number 5. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1991. p.45-60.
- Barnes PJ. Control of airway caliber. In: FISHMAN, A.P. (ed.) *Update: Pulmonary diseases and Disorders*. New York, MacGraw-Hill, Inc., p.53-66, 1992a.
- Barnes PJ. *Frontiers in medicine*. New aspects of asthma. *J Intern Med*;231:453-61, 1992b.
- Brunekreef B, Dockery DW, Speizer FE et al: Home dampness and respiratory morbidity in children. *Am Ver Respir Dis* 140: 1363, 1989.
- Campos HS. Dados publicados no DATASUS. Internet.
- Campos HS. Mortalidade por asma no Brasil. *J pneumol* 1994; 20:4.
- Clifford RD et al. Prevalence of asthma in 7 and 11 years old school children. *Archives of Disease in children* 1989; 64: 1118-25.

- Cloutier MM, Loughlin GM. Chronic cough in children: a manifestation of airway hyperreactivity. *Pediatrics* 1981; 67:6.
- Colloff MJ, Ayres J, Carswell F et al. The control of allergens of dust mites and domestic pets: a position paper. *Clin Exp Allergy* 1992;22:1-28.
- Corrao WM, Braman SS, Irwin RS. Chronic cough as the presenting manifestation of bronchial asthma. *N Engl J Med* 1979; 300:633-45.
- Crain EF, Weiss KB, Bijur PE et al. Na estimative of the prevalence of asthma and wheezing among inner-city children. *Pediatrics* 1994; 94:356-62.
- Custovic A, Taggart SC, Franasis HC et al. Exposure to house dustallergens and the clinical activity of asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1998;98:64-72.
- Dodge RR, Burrows B. The prevalence and incidence of asthma and asthma like symptoms in a general population sample. *Am Rev Respir Dis* 1980; 122:567-75.
- Emerson F, Mendes KA, Martins E, Rios JBM. Manifestações Alérgicas Respiratórias. *Separatas Vitro* 1998; p.3-22.
- Ferrari FP, Rosario NA, Schimdt AV, Farias L. Frequencia de consultas por asma em pronto atendimento pediatrico. *Anais do V Brazilian Congress of Pediatric Allergy and Immunology, São Paulo, 1995.*
- Field SK, Sutherland LR. Does medical antireflux therapy improve asthma in asthmatics with gastroesophageal reflux? A critical review of the literature. *Chest* 1998;114:275-283.
- Field SK, Underwood M, Brant R et al. Prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in asthma. *Chest* 1996;109:316-22.
- Frischer T et al. Risk factors for chilhood asthma and recurrent wheezy bronchitis. *European Journal of Pediatrics* 1993; 152: 771-5
- Gerrard JW, Ko GG, Vickers P et al. The familial incidence of allergic disease. *Ann Allergy* 1976; 36:10-5.

- Gergen PJ, Mullally DI, Evans R. National survey of prevalence of asthma among children in the U.S., 1976 to 1980. *Pediatrics* 1988; 81:1.
- Gergen PJ, Weiss KB. Changing patterns of asthma hospitalization among children: 1979 to 1987. *JAMA* 1990; 264:1688-92.
- Harding SM, Richter JE. The role of gastroesophageal reflux in chronic cough and asthma. *Chest* 1997;111:1389-1402.
- Holgate ST, Beasley R, Twentyman OP. The pathogenesis and significance of bronchial hyperresponsiveness in airway disease. *Clin Sci*;73:561-72, 1987.
- I Consenso Brasileiro no Manejo da Asma - I^a parte. Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia, Sociedade Brasileira De Pediatria, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Fortaleza (Ceará). *Arq Cat Med* 1994; 25 (2):169-182.
- II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia, Sociedade Brasileira De Pediatria, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Rio de Janeiro. *J Pneumol* 1998; 24 (Suppl 4).
- Irwing RS, Curley FJ, French CL. Difficul-control asthma: contributing factors and outcome of a systematic management protocol. *Chest* 1993;103:1662-9.
- Kawabori I, Pierson WE, Conquest LL et al. Incidence of exercise-induced asthma in children. *J Allergy Clin allergens Immunol* 1976; 58:447.
- Keers RY. Laennec: his medical history. *Thorax*, 36:91-4, 1981.
- Kgellen G. Association of gastroesophagel disfunction and asthma: improvement in asthma conservative management of gastroesophageal signs. *Intern Med Specialst* 1982; 3:54-62.
- Lauain A, Carrasco E, Galleguillos F et al. Medical and surgical treatment of non-allergic asthma associated with gastroesophageal reflux. *Chest* 1991; 99:1330-5.

- Lebowitz MD, Barbee R, Burrows B. Family concordance of IgE, atopy and disease. *J All Clin Immunol* 1984; 73:259-64.
- Lemansk RF, Willian W, Busse MD. Asma. *JAMABrasil* 1998; 2(7):1097-105.
- Levy M et al. General practice audit of asthma in childhood. *British Medical Journal* 1984; 289:1115-6.
- Lin RY, LaFrance J, and Sauter D: Hypersensitivity to common indoor aeroallergens in asthmatic patients. *Ann Allergy* 71:33, 1993.
- Northway WH et al. Pulmonary disease following respirator therapy of hyaline-membrance disease. *Bronchopulmonary Dysplasia*. New England. *Journal of Medicine* 1967;276:357-68
- MacFadden ER Jr, Exertional dyspnea of acute attacks and cough as prelude to acute attacks of bronchial asthma. *N Engl J Med* 1975a; 292:555-60.
- Mansfield LE, Stein MR. Gastroesophageal reflex and asthma: a possible reflex mechanism. *Ann Allergy* 1978; 41:224-6.
- Martinez FD, Wright AL, Taussing LM et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995b; 332(3):133-8.
- Melo FCQ, Lemie A, Santos MIV et al. Asma brônquica e refluxo gastroesofágico. *J Pneumol* 1996;22:251-7.
- Moran MG. Psychiatric aspect of asthma. *Seminary in Respiratory and Critical Care Medicine* 1994;15: 168-4.
- Northway WH et al. Pulmonary disease following respirator therapy of hyaline-membrance disease. *Bronchopulmonary Dysplasia*. New England. *Journal of Medicine* 1967;276:357-68
- Pastorino AC, Accioly AP, Lanzelloti R et al. Asma - aspectos clínicos epidemiológicos de 237 pacientes de um ambulatório pediátrico especializado. *J Pediat* 1998; 74(1):49-58.

- Pizzichini E. Asma em adultos: grau de conhecimento sobre sua doença. Tese de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1993. 105p.
- Rosário F ° NA, Sevilha E, Branco MEG. Prevalência de asma brônquica em consultas pediátricas. Rev. Med. Paraná, 1986; 44:57-9.
- Rosenblat MB. History of bronchial asthma. In: Weiss EB, SEGAL, M.S. (Eds.) Bronchial Asthma: Mechanisms and Therapeutics. 1st. ed. Boston, Little, Brown and Comp., 1976. P.5-17.
- Sakula A. Sir John Floyer's A Treatise of the Asthma (1698). Thorax, 39: 248-54, 1984.
- Salto JJ, Pagliaro H, Sole D, Naspitz CK. Mortalidade por asma no Estado de São Paulo, Brasil: 1970 a 1994. Rev Med Ped Per 1997;10:51.
- Solé D, Naspitz C. Epidemiologia de Asma: Estudo ISAAC. Rev Br Alergia Imunol 1998; 21(2):38-45.
- Schwartz J, Gold D, Dockery DW et al. Predictors of asthma and persistent wheeze in National sample of children in the United States. Am Rev Respir Dis 1990; 142:555-62.
- Schwartz YA, Kinity S, Ilfeld DN et al. A clinical and immunologic study of colchicine in asthma. J Allergy Clin Immunol 1990; 85: 578-82.
- Shavitt RG, Gentil V, Maudetta R. The association of panic/agoraphobia and asthma: contributing factors and clinical implications. Gen Hosp Psychiatry 1992; 14:420-3.
- Sigurs N, Bjarnason R, Sigurbergsson F et al. Asthma and immunoglobulin E antibodies after RSV bronchiolitis: a prospective cohort study with matched controls. Pediatrics 1995; 95:500-5.
- Silva LCC, Palombini BC. Asma Brônquica. In: Compendio de Pneumologia. Silva LCC, IV ed. . Porto Alegre: Ed BYK; 1988 p.163-79.

- Silverio A; Marasciulo AC; Moritz JAW. Perfil da clientela do serviço de emergência pediátrica do hospital universitário da UFSC, 1994. Arq cat med 1996; 25(4): 311-5
- Smith JM. Asthma and atopy as diseases of unknown cause. A viral hypothesis possibly explaining the epidemiologic association of the atopic diseases and various forms of the asthma. Ann Allergy 1994; 72:156-62
- Smoller JW, Pollack Mh, Otto Mw et al. Panic anxiety, dyspnea and respiratory disease. Am J Respir Crit Care Med 1996; 154:6-17.
- Solé D. Prevalência e mortalidade por asma na cidade de São Paulo. Tese de livre-docência, Universidade Federal de São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1997, 171p.
- Taylor WR, Newacheck PW. Impact of childhood asthma on health. Pediatrics 1992; 90:657.
- Torres LAGMM, Ferriani VPL. Prevalência de Asma em escolares de Ribeirão Preto. Rev Br Alerg e Imunol 1995; 18(6):230-5.
- Tuci F, Rest M, Fontana K, Novembre Me, Lami CA, Vierucci A. Gastroesophageal reflux and bronchial asthma: prevalence and effect of cisaprida therapy. J Ped Gastroenterol Nutr 1993:265-70.
- Virant F, Shapiro GG. Evaluation of child with chronic cough and/or wheezing. In: Tinkelman D, Naspitz C, eds. Childhood Asthma. Pathophysiology and Treatment. 2^a ed. New York: Marcel Dekker; 1993. p.304-23.
- Weiss KB, Wagener DK. Changing patterns of asthma mortality. Identifying target populations at high risk. JAMA., 264:1683-7, 1990.
- Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. Na economic evaluation of asthma in the United States. N Eng J Med 1992; 326:862.
- Welliver RC, Kaul A, Ogra RL. The appearance of cell-bound IgE in respiratory-tract epithelium after RSV infection. N Engl J Med 1980; 303:1198.

Yellowlees PM, Kalucy RS. Psychobiological aspects of asthma and the consequent research implications. *Chest* 1990; 97:628-34.

8. NORMAS

Foi utilizado para realizar e formatar este projeto:

- Normatização dos trabalhos científicos do curso de graduação em medicina.
- Resolução número 001/97 do colegiado do curso de graduação em Medicina da UFSC.

9. RESUMO

Perfil do paciente asmático atendido no ambulatório de Pneumologia pediátrica do H.U.

SOUZA¹ LFS, Pinheiro CE². UFSC

1 - Doutorando da 11ª fase da Faculdade de Medicina da UFSC

2 - Professor titular de pediatria da Faculdade de Medicina da UFSC

Introdução: A asma é uma doença inflamatória pulmonar crônica, que afeta uma parcela significativa da população, com elevado custo social e econômico. No Brasil, são poucos os estudos epidemiológicos em ambulatórios pediátricos especializados, desconhecendo-se desta forma a real dimensão da doença e suas características em diferentes regiões, dificultando o planejamento e execução de programas que visem a prevenção da doença.

Objetivo: Delinear o perfil dos pacientes asmáticos atendidos em ambulatório especializado no H.U.

Método: Em um estudo descritivo, de corte transversal, analisou-se 53 pacientes encaminhados ao serviço de Pneumologia pediátrica do H.U., com diagnóstico anterior de asma, os quais foram submetidos a um questionário pré-elaborado com perguntas objetivas sobre a doença e características das crises. O presente trabalho incluiu pacientes atendidos no período de julho/97 à julho/98.

Resultados: Trinta e quatro dos pacientes eram do sexo masculino, sendo os 19 restante do sexo feminino. Estes procuraram o serviço em média aos 8,15 anos, referindo o primeiro episódio de crise broncoespástica, em 66,6% dos casos, antes dos 3 anos.

O sintoma predominante na primeira consulta foi a tosse, observada na totalidade dos casos, seguido de sibilos em outros 30 pacientes. Destes, em 36 crianças, foi referido uma relação direta entre estação do ano e aparecimento dos sintomas, havendo persistência da sazonalidade em 25 dos analisados. O inverno mostrou-se sempre prevalecente como gatilho ou fator de agravo da doença.

A atopia foi observada pelos familiares como doença associada em 37 pacientes, sendo que em 42 das respostas encontrou-se pelo menos um parente com história prévia de asma brônquica.

Os fatores desencadeantes mais relatados foram: mudanças climáticas (n=40), IVAS (n=32) e poeira doméstica (n=33).

Ddo Luiz Fernando Schwinden de Souza
R. Pedro de moura Ferro, 73. Florianópolis
email: luizf@matrix.com.br
f: (048) 240-0209

10. SUMMARY

Asthmatic Patient Profile Attend at the Pediatric Pneumology Ambulatory of H.U. (University Hospital)

SOUZA¹ LFS, Pinheiros² CE.

1 - Doutorando da 11ª fase da Faculdade de Medicina da UFSC

2 - Professor titular de pediatria da Faculdade de Medicina da UFSC

Indroduction: Asthma is a chronic lung inflammatory disease, which affects a significative parcel of population with a high social and economical cost. In Brazil, are few the epidemic studies at pediatric ambulatories specialized, remaining unknown the real dimension of the disease and its characteristics in different regions, making difficult the planning and execution of programs headed to prevent the disease.

Objective: Delineate the asthmatic patients attended at the specialized ambulatory in the H.U.

Method: In a descriptive study, of transversal cutting, were analyzed 53 patients sent to H.U. pediatric pneumology service, with former asthma diagnostic, who were submitted to a pre-elaborated questionnaire with objective questions about the disease and crisis characteristics. The present work include patients attended in the period July-97 to July-98.

Results: thirty four of patients were male and other nineteen were female. These patients looked up the service at the rate of 8.15 year old, referring the first episode of bronco espasmodic crisis-in 66,6% of cases - before being 3 years old.

The predominant symptom at the first consultation was cough, observed in the total of cases, followed by sibilancy in other 30 patients. In 36 children of these, was referred a direct relation between the season of the year and symptoms rising, persisting the seasonal reason in 25 of the analyzed patients. Winter showed had always been the main factor of disease aggravating.

The atopy was observed by relatives as associated disease in 37 patients, thus in 42 of the answers, was found at least, one relative with previous history of asthma.

The unleashing factors more related were: climate changes (n=40), IVAS (n=32) and domestic dust (n=33).

11. ANEXOS

Questionário utilizado na entrevista e armazenamento de dados dos pacientes atendidos no ambulatório de Pneumologia pediátrica do H.U.:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIVISÃO DE PEDIATRIA
AMBULATÓRIO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA**

FOMULÁRIO DE ATENDIMENTO À CRIANÇA PORTADORA DE ASMA BRÔNQUICA

Nome: _____ Idade: _____
Sexo: _____ Endereço: _____
Fone: () _____

a) **Primeira Crise:** Idade: _____ Estação do ano: _____
Sintomas/sinais: _____
Fator desencadeante: _____
Tratamento () Intra Hospitalar: _____
() Domiciliar: _____

Duração: _____

b) **Crises posteriores:** Frequência: _____
Sazonalidade: _____
Sinais/sintomas:

() tosse seca
() sibilância
() palidez

() tosse produtiva
() dor torácica
() cianose

() dispnéia
() febre
() anorexia

Outros (especificar): _____

Duração: _____

Fatores desencadeantes (especificar se necessário)

- ☐ mudanças climáticas
- ☐ viroses
- ☐ refluxo gastro-esofágico
- ☐ poeira doméstica
- ☐ fumaça
- ☐ mofo
- ☐ cheiros
- ☐ alimentos
- ☐ cão
- ☐ gato
- ☐ pássaros
- ☐ exercício físico
- ☐ drogas
- ☐ emocional
- ☐ Outros: _____

Tratamento/Efetividade: _____

c) Inter crises:

- ☐ assintomático
- ☐ tosse diurna
- ☐ tosse noturna
- ☐ sintomático diariamente

d) Ambiente físico domiciliar/escolar (especificar)

- | | | | |
|-----------------------------------|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> carpete | <input type="checkbox"/> cortina | <input type="checkbox"/> cão | <input type="checkbox"/> gato |
| <input type="checkbox"/> pássaros | <input type="checkbox"/> casa úmida (mofo) | <input type="checkbox"/> rua (pó) | |
| <input type="checkbox"/> creche | <input type="checkbox"/> escola | <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

e) **Doenças associadas ou conseqüentes:**

- | | | |
|-------------------|-----------------------|---------------------------|
| () rinite | () obstrução nasal | () conjuntivite alérgica |
| () prurido nasal | () sinusopatia | () espirros |
| () otite média | () dermatite atópica | () Pneumonia |

nº de episódios: _____

tratamento: hospitalar: _____

domiciliar: _____

f) Asma/rinite em família(especificar): _____

g) Última crise: _____

h) Medicamentos em uso: _____

i) Resultados de exames complementares, RX, testes realizados: _____

Antecedentes Individuais Gerais

Gestação: _____

Parto: _____

PNN: _____

DNPM: _____

Alimentares: _____

Vacinação:

Patológico:

Hábitos e condições de vida:

Antecedentes Familiares/Heredograma:

Exame Físico:

Peso: _____

E: _____

Fc: _____

Fr: _____

PA: _____

Outros: _____

Peak flow _____ **Percentil** _____

Classificação asma: () leve () moderada () grave

Obs.: _____

**TCC
UFSC
PE
0432**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0432

Autor: Souza, Luiz Fernan

Título: Perfil do paciente asmático aten



972804599

Ac. 254027

Ex.1 UFSC BSCCSM